

А. С. Кочарян,
В. В. Коровицкая

Проблема единства зависимых расстройств

Статья посвящена анализу проблемы зависимости в различных ее формах (от химической зависимости до семейной). Рассматривая нейрофизиологическую и психологическую модели зависимости, а также диагностические критерии этого расстройства, авторы выделяют два типа причин возникновения зависимости: психологические травмы и характерологические особенности личности.

Актуальность проблемы

В последние годы интерес исследователей [1, 2, 3, 4, 5 и др.] привлек феномен аддикции, который имеет как вещные, субстантные проявления, так и может описывать особенности зависимых отношений, в том числе и семейные. В связи с выраженной медико-социальной значимостью химической зависимости ее анализу посвящено большое количество работ. В этом смысле межличностная зависимость, являясь крайне незаметной, замаскированной, изучена значительно меньше [6]. Однако, на самом деле межличностная зависимость имеет серьезные негативные последствия как для супружества в целом, так и для каждого из брачных партнеров. Это дало основание Р. Melody [7] определить такие отношения, как «токсические». Как справедливо отмечают Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогорова [8], отношения зависимости превращаются в «трагедию целой жизни», когда «ничего не построено, но многое разрушено – душевное и физическое здоровье, возможности других отношений». Более того, межличностная зависимость «характерна почти для 98% взрослого населения и является источником большей части человеческих страданий» [9, с. 5].

Зависимые супружеские отношения имеют тенденцию к трансгенерации, т. е. к межпоколенной трансляции. В результате формируется «недифференцированная семейная эго-масса» [20], сдерживающая процессы дифференциации «Я» в семье и фиксирующая ее членов в регрессивном состоянии. В результате дети, воспитанные в таких семьях, в дальнейшем сталкиваются с серьезными проблемами функционирования (семейного, профессионального, социального, соматического) личности. Проблема генезиса и систематизации функционирования зависи-

мых супружеских отношений не является до конца разрешенной, а сами эти отношения изучались лишь в немногочисленных отечественных работах [6, 11, 12, 13]. Вместе с тем, разработка данной проблемы делает психологическую работу с супружескими парами, состоящими в отношениях зависимости, более целенаправленной, патогенетически ориентированной.

Анализ проблемы

Зависимость в той или иной форме представляет собой предмет достаточно интенсивных исследований последних 10 – 15 лет [7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 и др.]. При этом формы зависимого поведения крайне разнообразны: химическая (нарко-, табако-, токсико-, алкогольная, лекарственная и т. п.), зависимость от игровых автоматов (гемблинг), компьютеров (internet addiction), сексуальная зависимость, пищевая зависимость, зависимость в межличностных отношениях в браке, религиозная зависимость, парасуицидальное поведение (патологическое увлечение экстремальными видами спорта), различного рода фанатические увлечения (спортивное «боление», музыкальные фаны и др.) и т. п. Второй термин, обозначающий зависимое поведение и получивший широкое распространение в литературе (прежде всего англоязычной), звучит как «аддиктивное поведение». В последние годы этот термин используется и в русскоязычной литературе [21, с. 542]. Короленко Ц. П. [22] рассматривает аддиктивное поведение как одну из форм деструктивного поведения, связанного с уходом от реальности посредством своего психического состояния. Основными видами аддиктивных реализаций, по Ц. П. Короленко, являются: 1) прием алкоголя; 2) прием наркотических препаратов, лекарств, ядов; 3) участие в азартных играх, включая компьютерные; 4) сексуальное аддиктивное поведение; 5) переедание или голодание; 6) «работоголизм»; 7) длительное прослушивание музыки, главным образом основанной на ритмах. Э. Сэббин [23, с. 13] пишет, что «понятие аддиктивное поведение охватывает различные типы поведения: сюда входят наркотическая зависимость и алкоголизм, курение, пристрастие к азартным играм и обильной еде, а также гиперсексуальность. Все эти типы поведения питает мощная сила подсознания, и это придает им такие качества, как непреодолимость влечения, требовательность, ненасытность и импульсивная безусловность выполнения». Аддикция, таким образом, репрезентирует мир страстей и влечений, плохо поддающихся рациональному контролю [23]. Как отмечают В. Д. Менделевич и И. А. Новиков [14, с. 131], «механизмы формирования зависимого поведения до настоящего времени остаются неясными». Существуют различные точки зрения о роли церебральных, психологических и личностных факторов в станов-

лении поведенческих расстройств зависимого круга. Одни авторы, особенно изучающие наркотические зависимости и парафилии, значительный упор делают на наличие некоторых нейрохимических и нейрофизиологических механизмов [24, 25, 26, 27]; другие же, главным образом изучающие гемблинг, интернет-зависимость, религиозный фанатизм, нарушения пищевого поведения, межличностную зависимость в браке и т. п. [6, 28, 29 и др.] выявляют личностные механизмы формирования зависимости.

Закономерно возникает вопрос: представляют ли все разнообразные формы зависимости нечто общее (хотя бы по механизмам возникновения) или каждый вид зависимости специфичен? Как указывают В. Д. Менделевич и И. А. Новиков [14, с. 129], ссылаясь на результаты ряда исследований, в том числе и собственных, «вероятность существования единых этиопатогенетических механизмов расстройств зависимого поведения высока». Вместе с тем унитарность трактовки всего круга зависимых расстройств чрезвычайно затруднительна. Создается специфический парадокс: с одной стороны, многих исследователей не устраивает не сводимая воедино разнообразная феноменологическая палитра зависимых расстройств, а с другой, - исследователи склонны объяснять такое многообразие какой-либо одной (унитарной) схемой, которая апеллирует к механизмам разного уровня - как физиологическим, так и психологическим. В унитарных концепциях патогенеза зависимостей предполагается, что в основе любой формы зависимости лежит один и тот же универсальный механизм. По-видимому, можно говорить о следующих типах унитарных схем.

Первый тип – *нейрофизиологические модели*, объясняющие формирование зависимости нейродинамическими механизмами. Так, еще в 1975 г. И. П. Анохина предложила концепцию «общего конечного пути», согласно которой все психоактивные вещества первоначально вызывают специфические сдвиги в организме, которые в конце концов приводят (но разными путями) к одному – к переживанию состояния эйфории, которая представляет собой состояние «награды» (цит. по [30]). Э. В. Мельник [30] уточняет концепцию «награды», дополняя ее концепцией активации, согласно которой главным для индивида является достижение «оптимума активации». Именно «оптимум активации» обеспечивает наиболее экономное и эффективное функционирование индивида. Активационный или седативный эффект действия алкоголя важен для обеспечения работоспособности системы в целом.

Второй тип – *психологические модели*, выводящие формирование зависимости из некоторого гипотетического психологического механизма. В концепции аддиктивного поведения Ц. П. Короленко [22, 31, 32] содержится идея наличия общих психологических механизмов, свойственных различным формам аддикции как фармакологического,

так и нефармакологического содержания.

Б. С. Братусь [33] для понимания патогенеза алкогольной зависимости предлагает универсальный психологический механизм «сдвига мотива на цель», когда алкоголь из *средства* ослабления напряжения и ослабления коммуникативных барьеров становится *мотивом* иллюзорно-компенсаторной деятельности, бегством от реальности в гедонистический мир удовольствия. Происходит трансформация иерархической структуры мотивов деятельности, иллюзорно-компенсаторная деятельность превращается в ведущую. И, таким образом, в основе личностных изменений при алкогольной зависимости лежит не столько хронический токсический эффект алкоголя, сколько нарушения иерархической организации мотивационной сферы личности. Хотя приведенная модель формирования аддикции и является психологической, за ее рамки, по мнению Н. П. Бурмаки [34], «выносятся содержательный анализ тех фрустраций и дефицитов, которые актуально переживает личность и которые связаны с инфантильными дефицитами «ego - объектных» отношений». А это, в свою очередь, не позволяет раскрыть того, каким образом и с помощью каких стратегий и тактик, каких психотерапевтических вмешательств можно управлять заключенной в алкоголе потребностью [56].

Ц. П. Короленко считает, что начало формирования аддиктивного процесса происходит всегда на эмоциональном уровне и является проявлением стремления к эмоциональному комфорту (цит. по [21, с. 542]). Существуют нормальные пути достижения такого комфорта: преодоление препятствий, достижение значимых целей, удовлетворение любопытства, проявление симпатии к другим людям, религиозное переживание, занятие спортом и т. п. При формировании аддикции многие указанные пути нормального достижения психологического комфорта оказываются перекрытыми, резко сужается их репертуар. В результате «происходит фиксация на каком-нибудь одном способе достижения комфорта, все другие исключаются или отодвигаются на второй план и используются все реже» (цит. по [21, с. 543]). Этот процесс «конвергенции эмоционального комфорта» связан с личностной регрессией и цеплянием за один единственный фетишизируемый способ достижения психологического комфорта.

В. Д. Менделевич предложил концепцию зависимой личности, согласно которой существуют «общие для всех форм зависимостей базовые характеристики зависимой личности» [14, с. 129]. Такими чертами зависимой личности являются: инфантильность; внушаемость и подражательность; прогностическая некомпетентность; ригидность и упрямство; наивность, простодушие и чувственная непосредственность; любопытство и поисковая активность; максимализм; эгоцентризм; яркость воображения, впечатлений и фантазий; нетерпеливость; склон-

ность к риску и «вкус опасности»; страх быть покинутым. Вместе с тем указанный список расширяется, так как указанный автор (цит. по [21, с. 543] основными признаками зависимой личности также считает: 1) сниженную переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; 2) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; 3) внешнюю социабельность, сочетающуюся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; 4) стремление говорить неправду; 5) стремление обвинять других, зная, что они невиновны; 6) стремление уходить от ответственности в принятии решений; 7) стереотипность, повторяемость поведения; 8) зависимость; 9) тревожность. В литературе [35] отмечаются обсессивно-компульсивные черты зависимой личности. Это и понятно, так как нязчивость (компульсивность), с одной стороны, специфична для обсессивно-компульсивных личностей, а с другой, - является конституирующим признаком аддиктивности [14, 15].

Наличие таких разнообразных и внешне мало связанных личностных качеств, лежащих в основе зависимости, не позволяет дать некоторую достаточно однозначную интерпретацию личностной детерминации зависимых расстройств, построить личностные симптомокомплексы зависимого поведения. Вообще вопрос о связи преморбидных особенностей личности с расстройствами зависимого поведения остается открытым. В литературе выделяют расстройства личности зависимого типа и расстройства зависимого поведения. Связь между этими типами расстройств достаточно туманна и недостаточно проанализирована в медико-психологической и психиатрической литературе. Во всяком случае, Е. С. Penick et al. [55] верифицировали концепцию 11-ти алкогольных личностных типологий.

В МКБ-10 приведены следующие диагностические критерии расстройства типа зависимой личности (F60. 7) [36]:

«А. активное или пассивное перекладывание на других большей части важных решений в своей жизни;

В. подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит больной, и чрезмерная податливость их желаниям;

С. неспособность предъявлять даже разумные требования людям, от которых больной находится в зависимости;

Д. чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха оказаться несостоятельным в жизни;

Е. страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе;

Г. ограниченная способность принимать повседневные решения без постоянных советов и подбадривания со стороны других лиц;

Г. дополнительно – представление о себе как о беспомощном, некомпетентном человеке, не обладающем жизнестойкостью». Далее в МКБ-10 указываются варианты расстройств типа зависимой личности: астеническая, неадекватная, пассивная и пораженческая личность.

Следует указать, что согласно диагностическим указаниям, диагноз «личностные расстройства» ставится при наличии «чрезмерных либо существенных отклонений от образа жизни обычного, «среднего» индивидуума», а также при наличии нарушений социальной адаптации». Однако, расстройства личности зависимого типа далеко не всегда достигают патологических (клинических) форм и могут оставаться на уровне изменений личности доклинического уровня. Во всяком случае, концепция зависимой личности, предложенная В. Д. Менделевич, нуждается в прояснении вопроса о непатологических формах зависимой личности и о критериях дифференциальной диагностики патологических и непатологических вариантов зависимой личности. В. Д. Менделевич и И. А. Новиков [14] предлагают этиопатогенетически значимый клинический критерий для дифференциальной диагностики зависимого расстройства личности клинического (патологического) уровня. Таким критерием является «наличие эпизодов измененных состояний сознания при реализации зависимости» [14, с. 130]. Измененное состояние сознания при реализации зависимости проявляется [14, с. 131]:

1. в утрате чувства деятельности – неспособности контролировать собственное поведение; продолжение осуществления неадекватного поведения, пытаясь реализовать зависимость с целью «эмоциональной разрядки» вопреки рациональному осмыслению ситуации и негативных последствий собственного поведения;
2. в непреодолимости зависимости.

Вместе с тем, эти критерии в полной мере соответствуют диагностическим критериям расстройства поведения зависимого типа, а не являются диагностическими критериями зависимой личности. Так, в МКБ-10 [36, с. 32-33] в диагностическом критерии «В» синдрома зависимости из семи приведенных подкритериев два в полной мере соответствуют вышеприведенным: «1. сильная (иногда непреодолимая) потребность (принять психоактивное вещество); 2. нарушение способности (контролировать длительность приема и дозировку вещества)». По мнению В. Д. Менделевича и И. А. Новикова [14, с. 130], существует «сходство всех клинических форм зависимостей», а следовательно, «замена слов “злоупотребление веществами” на словосочетание “фиксация внимания на видах деятельности или объектах” не меняет сути явления. Таким образом, в концепции В. Д. Менделевича, во-первых, расстройство «зависимой личности» практически отождествляется с «расстройствами зависимого поведения»; во-вторых, разница между патологической зависимостью (на уровне личности и поведения) и непатологиче-

ской как раз и состоит в наличии критериев зависимости, что и делает ее патологической (клинической). Возникает вопрос: что представляет собой зависимость непатологического (клинического) уровня. У нее не оказывается специфических самостоятельных характеристик. Вместе с тем, круг аддиктивного поведения, которое не подпадает под рамки МКБ-10 (доклинические формы), достаточно широк. По мнению А. Е. Личко и В. С. Битенского [37], аддиктивное поведение представляет собой доболезненный этап, для перехода его в болезнь нужно действие социальных, психологических и биологических факторов. На уровне аддиктивного поведения еще не формируется индивидуальная психическая зависимость от психоактивного вещества (или, как бы сказал В. Д. Менделевич, «фиксация внимания на видах деятельности или объектах»). В-третьих, явления зависимости настолько разнообразны по содержанию и по положению на континууме «норма-патология», что трудно искать некий один универсальный механизм их развития. Думается, что механизмы формирования патологических и непатологических форм зависимости должны быть разными. По крайней мере, из концепции зависимой личности В. Д. Менделевича остается совершенно неясным, что определяет в зависимой личности регистр (патологический или непатологический) расстройства поведения зависимого типа. Если явления зависимого поведения непосредственно вытекают из характеристик зависимой личности, то, стало быть, должны существовать, по крайней мере, два варианта зависимой личности – патологический и непатологический. Такого разнообразия личностных типов в концепции зависимой личности В. Д. Менделевича, насколько нам известно, не существует. Одним из диагностических критериев патологических расстройств типа зависимой личности согласно МКБ-10 [36, с. 90] является то, что они «представляют собой онтогенетические состояния, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в период зрелости». Следовательно, патологические расстройства личности зависимого типа являются инфантильными по своей природе. Возникает закономерный вопрос: следует ли анализировать зависимую личность в контексте структуры личности и ее черт или в контексте ранних инфантильных травм?

В рамках динамической личностной модели формирования зависимости [38, 390 и др.] последняя понимается как синдром патологического развития личности. Причиной формирования зависимости является наличие неосознаваемого внутриличностного конфликта, с которым личность не в состоянии совладать. Такой конфликт сопряжен с переживанием ряда негативных чувств - тревоги, чувства вины, одиночества, бессмысленности и т. п. [32].

Е. М. Pattison [41] в качестве альтернативы унитарного подхода к пониманию патогенеза аддикции предлагает поливариантную модель,

которая учитывает преморбидную характеристику личности пациента, микро- и макросоциальные условия, жизненные травмы, совладающие стратегии и т. п. Ряд авторов [42, 43 44] считают такой подход наиболее адекватным при лечении и реабилитации зависимых больных. Вместе с тем, возникает вопрос о конкретно психологических механизмах формирования и кристаллизации аддикции. Некоторые авторы [45] в качестве базового для формирования зависимого поведения рассматривают обсессивно-компульсивное расстройство. В этом смысле зависимость трактуется в концептуальном поле навязчивостей. Однако, повторяющиеся обсессивные мысли и действия характеризуются: 1) его-синтонностью (расцениваются больным как собственные); 2) борьбой с ними (хотя бы с одной мыслью или действием); 3) безуспешностью такого сопротивления больного навязчивым мыслям и действиям; 4) субъективной тягостью переживания навязчивости; 5) субъективным ощущением бессмысленности собственных навязчивых мыслей и действий; 6) наличием функции символической защиты [36, с. 65-66]. Аддиктивное поведение, думается, трудно трактовать как компульсивное действие, а феномен зависимости - как вид навязчивости. В. Д. Менделевич и И. А. Новиков [14, с. 130] приводят два аргумента для доказательства этого: 1) обсессивно-компульсивное расстройство является исключительно психогенным (оно включено в группу F42), тогда как зависимое относится к другим диагностическим рубрикам МКБ-10; 2) расстройства зависимого поведения относятся к сфере патологии психической структуры (pathos), а не заболевания (nosos), тогда как обсессивно-фобическое расстройство не может быть обозначено психической патологией в собственном смысле слова». Эти два аргумента, с нашей точки зрения, не являются убедительными. Во-первых, классификационные рубрикации являются результатом договора (а не научного исследования) – решение новых научных проблем, наоборот, позволит усовершенствовать диагностические рубрикации, а во-вторых, расстройства личности зависимого типа действительно следует отнести к рубрикации «pathos», а расстройства зависимого поведения, по видимому, к категории «nosos». Думается, что на сегодняшний день следует признать самостоятельность категории «зависимость»¹. Другой вопрос: существует ли внутренняя общность различных форм зависимости? Существует ли какая-то связь между химическими и межличностными зависимостями? А. Янов [46, 47] рассматривает защиту как психобиологическое явление, включающее не только психологические, но и соматические звенья. Он выделяет непроизвольные (склонность к фантазиям, ночное недержание мочи, затрудненное дыхание и т. п.) и произ-

¹ Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. [9, с. 6] считают, что только медицинский подход «рассматривает созависимость как первичное заболевание, определяет его как нечто постоянное, наследственное, прогрессирующее и не поддающееся терапии».

вольные (курение, алкоголь, наркотики, переедание, гиперсексуальность и т. п.) типы защит. Произвольные защиты актуализируются тогда, когда непроизвольная защита оказалась неэффективной – не позволила снизить напряжение. Например, при активизации первичной боли «брошенности», «отверженности» у человека усиливается тревога, которую он снижает алкоголем, сексуальной или мастурбаторной активностью, перееданием и т. п. Таким образом, по А. Янову химическая зависимость формируется как вторичная. Первичная же зависимость является первичной по своей природе. Многочисленные наблюдения свидетельствуют о наличии феномена «перетекания» одной формы зависимости в другую. Ц. П. Короленко [22] в качестве одной из особенностей аддиктивного поведения выделяет «возможность легкого перехода от одной формы аддикции к другой с сохранением основных аддиктивных механизмов». Первоначально возникают первичные, или межличностные, зависимости. Так, жена может лечить мужа от алкогольной зависимости, и, не так уж редко, в случае успешного лечения их брак расстраивается – муж уходит к другой женщине. Можно было бы рассмотреть алкогольную зависимость мужа как системный семейный феномен [50, 51, 52] – семейную защиту, направленную на сохранение брака. В этом смысле представляет интерес идея Х. Кохута [53, с. 46] о том, что психоактивное вещество представляет собой не замену любимых и любящих объектов или отношений с ними, а является «замещением дефекта в психологической структуре». В норме в отношениях ребенка со значимым взрослым формируется «базовое ощущение благополучия, внутренней гармонии, целостности, сытости и успокоенности» (цит. по [34]). Впоследствии на этом базовом чувстве основывается способность ребенка к любви в диаде «Я – другой». У ребенка формируется чувство собственной ценности, способность к независимому существованию. Если нет соответствующего опыта принятия, то возникает отказ от реальности, утверждение (демонстрация) собственной самодостаточности, агрессии и бравяды. «За это приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми».

Одним словом, проблема зависимых отношений не является разрешенной, а попытки увидеть общие корни любой формы аддикции, в конце концов, сводятся к постулированию некоторого унитарного патогенетического механизма. Следует сказать, что физиологическая заинтересованность в формировании аддикции существует всегда, вот только возникает вопрос: это патогенетический механизм физиологического уровня или физиологический механизм обеспечения формирования аддикции? Если это второй вариант, то следует искать специфические психологические механизмы. Причем, психологические механизмы можно условно подразделить на два типа:

1. механизм психологической травмы и попытки совладания с ней [19, 38 и др.];
2. некоторые индивидуальные и характерологические особенности – конституция, структурное недоразвитие личности, нравственный ателиоз [54], нарушения развития личности [14 и др.] и др.

В этом случае речь идет о некоторой нарушенной структуре. А. М. Морозов [54, с. 137], например, рассматривает нравственный ателиоз, т.е. недоразвитие нравственности (лживость, хитрость, эгоцентризм и др.) как проявление легких форм олигофрении. Очевидно, что отсутствие внутреннего стержня является важным предрасполагающим фактором формирования зависимости: с одной стороны, человек пытается найти опору либо в другом (межличностная зависимость), либо в деньгах, сексе, алкоголе, наркотиках и других формах вторичной зависимости, а с другой – является основой порока и порочного поведения.

С нашей точки зрения, соотношение первичной и вторичной зависимости таково: первичная зависимость – это всегда межличностная зависимость, которая переживается очень тяжело² – как боль; вторичная зависимость – это зависимость от вещества, определенной ситуации (игровых автоматов, компьютерных игр, спортивного «боления» и т. п.) и др., которые позволяют избавиться от боли первичной зависимости (страха, чувства вины, стыда, обиды и т.п.). Подобную точку зрения отстаивает Ц. П. Короленко [22]. Указанный автор отмечает, что при формировании аддикции происходит замена межличностных эмоциональных отношений проекцией эмоций на определенные суррогаты. В данном случае речь идет о замене здоровых эмоциональных отношений их вещным физиологическим суррогатом. Мы же понимаем формирование вторичной зависимости как, наоборот, убежание от первичной межличностной зависимости посредством вещного суррогата. Конечно, не все факты укладываются в приведенную схему. Это, например, данные о том, психоактивное вещество обеспечивает оптимум активации – «для аддиктивных личностей характерен феномен «жажды острых ощущений» со стремлением к риску, тяготением к опасным ситуациям и видам деятельности» [21, с. 543]. Выход уровня активации за некоторый оптимум сопровождается различными нервно-психическими расстройствами. Одним словом, в литературе существуют данные как в пользу существования единого базового механизма формирования зависимого поведения, так и в пользу отсутствия такой унитарности. Думается, что, возможно, чисто физиологические (патофизиологические) механизмы формирования различных форм зависимости едины, когда же мы пере-

² Уайнхольд Б., Уайнхольд Дж. отмечают, что «примерно 98% американцев страдают от серьезных нарушений, которые сегодня называют созависимостью. Оценки показывают, что менее 1% этих людей более или менее осведомлены о влиянии созависимости» [9, с. 13].

ходим на психологический уровень, то здесь, видимо, должен существовать целый веер различных механизмов. В пользу данной гипотезы свидетельствуют данные, полученные Н. П. Бурмакой [34]. Автор показала, что физиологический механизм обеспечения оптимума возбуждения (функционирования) в значительной мере модулируется психологическим защитным механизмом табуирования возбуждения и эмоциональной активности. Множественность психологических механизмов формирования алкогольного аддиктивного поведения выявлена указанным автором в результате факторизации психологических признаков, репрезентирующих мотивационные, когнитивные, поведенческие и установочные аспекты психики.

Выводы

1. Зависимые расстройства, описывая достаточно широкий круг поведенческих расстройств, все еще далеки от разрешения загадки их этиопатогенеза.
2. Попытки рассмотреть все виды зависимости как единые по патогенетическим механизмам являются недостаточно убедительными.
3. Психологические механизмы формирования зависимости являются более вариативными, чем физиологические.

Литература

1. Литвинов В. Б. Залежність від психотропних речовин як соціальне явище // Архів психіатрії. – К., 2002. – №1. – С. 32–35.
2. Лисенко І. П. Патопсихологічна діагностика та корекція розладів особистості у хворих на наркоманію та алкоголізм. – К.: Здоров'я, 1999. – 218 с.
3. Поттер-Эфран Р. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – 416 с.
4. Щербіна Л. Ф. Динаміка смислових структур осіб, залежних від психоактивних речовин, в процесі психологічної реабілітації: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – К., 2004. – 19 с.
5. Коцар А. В. Особливості психосексуального розвитку хворих на невроз жінок, що знаходяться у відносинах подружньої залежності: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – К., 2002. – 19 с.
6. Mellody P. Toksyczna miłość i jak się z niej wyzwolic. – Warszawa: Jacek Santorski & Co, 1993. – 204 s.
7. Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б. Замысловатый танец современной пары // Семейная психология и семейная терапия. – М., 2000. – №1. – С. 3–11.

8. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / перевод с англ. А. Г. Чеславской – М.: Независимая фирма «Класс», 2003. – 224 с.
9. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
10. Bondarenko A. F., Levenetz A. E. Emotional addiction in love: experimental research // *Psychologie in Österreich*. – 2000. – № 1. – P. 24–29.
11. Bondarenko A. F. Love trauma psychotherapy using EMDR: analysis of three cases // *EMDRIA. New Letter*, January. – 1997. – P. 13–14.
12. Кочарян А. С., Жидко М. Е., Коцарь А. В. Полоролевые факторы формирования взаимозависимых отношений // *Вісник Харківського університету. Серія психологія*. – 2002. – №550. – Часть 2. – С. 125–129.
13. Менделевич В. Д., Новиков И. А. Парадоксы взаимосвязей зависимой личности и расстройств зависимого поведения // *Архів психіатрії*. – 2002. – №4. – С. 129–133.
14. Менделевич В. Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // *Российский психиатрический журнал*. – 2003. – №1. – С. 5–9.
15. Коцарь А. В. Формы невротической зависимости супругов // *Вісник Харківського університету. Серія психологія*. – 2000, № 498. – С. 66–68.
16. Кочарян А. С., Коцарь А. В. Синдромы невротической любви // *Вісник Харківського університету. Серія психологія*. – 2000. – № 498. – С. 68–72.
17. Кочарян А. С., Федоренко Р. П. Токсическая любовь как форма патологии супружеских отношений // *Вісник Харківського університету. Серія психологія*. – 1998. – № 419. – С. 87–91.
18. Кернберг О. Ф. Отношения любви: норма и патология. Пер. с англ. М. Н. Георгиевой. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 256 с.
19. Peele S., Brodsky A. Love and addiction. – New York: New American Library, 1976. – 217 p.
20. Клиническая психология: учебник/ Под ред. Б. Д. Кавасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
21. Короленко Ц. П. Аддиктивное поведение: общая характеристика и закономерности развития // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. – 1991. – № 1. – С. 8–15.
22. Сэбишн Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор // *Психология и лечение зависимого поведения*. Под ред. С. Даулинга. Пер с англ. – М.: Независимая фирма «КЛАСС», 2000. – С. 13–27.
23. Андреев А. С., Ковалев А. И., Бухановский О. А. и др. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебно-психиатрический подход // *Серийные убийства и*

- социальная агрессия: Материалы 3-й Международ. Конф. – Ростов-на-Дону. – 2001. – С. 252–260.
24. Боев И. В. Пограничная аномальная личность. – Ставрополь, 1999. – 362 с.
25. Бухановский А. О., Гайков В. Т., Байбаков Ю. Г. Серийные сексуальные преступления: психолого-психиатрические и криминологические сопоставления // Серийные убийства и социальная агрессия: Материалы 3-й Международ. Конф. – Ростов-на-Дону. – 2001. – С. 92–97.
26. Шостакович Б. В., Ткаченко А. А. Эксгибиционизм. – Таганрог, 1991. – 200 с.
27. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. – М., 1986. – 176 с.
28. Коцарь А. В. Связь личностных особенностей с формами супружеской зависимости // Вісник Харківського університету. Серія психологія. – 2002. – № 517. – С. 89–91.
29. Мельник Е. В. Активационная теория наркологических заболеваний // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 1–2. – С. 23–26.
30. Короленко Ц. П., Донских Т. А. Основные характеристики развития аддиктивного поведения // Совр. задачи психиатрии и наркологии. – Барнаул, 1990. – С. 32–33.
31. Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире Новосибирск: Наука, 1990. – 222 с.
32. Братусь Б. С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
33. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 146 с.
34. Бурмака Н. П. Психологічні чинники формування алкогольної адиктивної поведінки у підлітків та юнацтва. Дис... канд. психол. наук. – Харків, 2003. – 207 с. – Рукопис.
35. Suzuki K, Muramatsu T, Takeda A, Shirakura K. Links Co-occurrence of obsessive-compulsive personality traits in young and middle-aged Japanese alcohol-dependent men // Alcohol Clin Exp Res. – 2002. Aug;26 (8).– P.1223–1227.
36. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Триада-Х, 2000. – 232 с.
37. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
38. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р. Р. Муртазина. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
39. Братусь Б. С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
40. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 146 с.

41. *Pattison E. M.* The diagnosis of alcoholism. – N.Y., 1997. – 133 p.
42. *Donovan D. M.* Determinants of Substains Abus: Biological, Psychological, and Environmental Factors. – N.Y. – London, 1995. – 274 p.
43. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии / Под ред. проф. Н. Н. Иванца. – Москва: Нолидж, 2000.
44. Валентик Ю. В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ / Под ред. проф. Н. Н. Иванца // Лекции по наркологии – Москва: Нолидж, 2000. – С. 309–340.
45. Андреев А. С., Ковалев А. И., Бухановский О. А. и др. Болезнь зависимого поведения: клиническая картина, механизмы криминогенности и виктимности, судебно-психиатрический подход // Серийные убийства и социальная агрессия: Материалы 3-й Международ. Конф. – Ростов-на-Дону. – 2001. – С. 252-260.
46. Первичная терапия А. Янова // Руководство по телесно-ориентированной терапии. – Санкт-Петербург: Речь, 2000. – С. 154–243.
47. Янов А. Первобытный крик. – М.:Класс, 1997. – 125 с.
48. Первичная терапия А. Янова // Руководство по телесно-ориентированной терапии. – Санкт-Петербург: Речь, 2000. – С. 154–243.
49. Янов А. Первобытный крик. – М.: Класс, 1997. – 125 с.
50. Маданес К. Стратегическая семейная терапия – М.: Класс, 1999. – 318 с.
51. *Kohut H.* The Analysis of Self. - New York: International Universities Press, 1971. – 242 p.
52. Хеллингер Б. Порядки любви. Разрешение семейно-системных конфликтов и противоречий. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 400 с.
53. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. – 296 с.
54. *Kohut H.* The Analysis of Self. – N.Y: International Universities Press, 1971. – 242 p.
55. Морозов А. М. Нравственный ателиоз // Архів психіатрії. – 2002. – №4 (31). – С. 133 – 139
56. *Penick E. C., Nickel E. J., Powell B. J., Liskow B. I., Campbell J., Dale T. M., Hassanein R. E., Noble E.* The comparative validity of eleven alcoholism typologies // J. Stud. Alcohol. 1999. – Mar., 60 (2). – P. 188–202.